Aus dem Städt. Krankenhaus zu Hirschberg in Schlesien.
(Leiter: Sanitätsrat Dr. Haedke.)

Ueber Mammahypertrophie

in Anlehnung an einen Fall von Hypertrophie in nicht gravidem Zustande.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Herbert Dittrich
appr. Arzt.

Nimptsch i. Schles. 1923.
Druck der Wilh. Wolff'schen Buchdruckerei.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Im Städtischen Krankenhaus zu Hirschberg in Schlesien gelangte im September 1922 ein Fall von Mammahypertrophie in nicht gravidem Zustande zur Operation. Es handelt sich um ein 16 Jahre altes, seit einem Jahre regelmäßig menstruiertes Mädchen, das seit März des Jahres 1922 ein gleichmäßiges Anschwellen beider Brüste, welches anfangs für physiologisch gehalten wurde, bemerkte. Im Laufe der nächsten Monate trat eine derartige Zunahme der Schwellung ein, daß die Patientin nur noch in gebückter Haltung gehen konnte. Müdigkeit und Mattigkeit stellten sich ein, auch litt die Kranke nach Angabe ihrer Eltern psychisch sehr. Schmerzen seien in den Brüsten, abgesehen von einem Gefühl der Schwere, nie aufgetreten. Auch sei keine Sekretion der Brustdrüsen bemerkt worden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung nahm das Gewicht der Mammae so beträchtlich zu, daß das Mädchen sich gezwungen sah, fast den ganzen Tag im Bett zu liegen.

Die Untersuchung ergab, abgesehen von Anzeichen einer Blutarmut und von starker Abmagerung, keine krankhaften Veränderungen an den Organen. Beide Brüste waren außerordentlich vergrößert. Die Haut über den Brüsten zeigte erweiterte Venen. Warzenhöfe wenig pigmentiert, Warzen flach ausgezogen. Die Brüste fühlten sich gleichmäßig derb-elastisch an, in ihrer Konsistenz entsprechend normalem Brustdrüsengewebe. Es waren weder solide noch cystische Tumoren nachweisbar. Ebenso zeigten die Brüste keine Anzeichen maligner Degeneration. In der Achselhöhle waren beiderseits einige erbsengroße, verhärtete Drüsen tastbar. Die Brüste reichten nach unten bis unterhalb der Spina iliaca anterior superior. Die unteren Partien des Thorax, sogar die Hüftbreiten, wurden seitlich weit überragt, sodaß die Arme abduciert gehalten werden mußten. Infolge des Gewichtes hatten die Brüste ihre der Norm entsprechende Halbkugelform verloren und waren birnenförmig ausgezogen. Die linke Brust erschien etwas größer als die rechte. Der Umfang von der Teilungsstelle der Mammae bis zur Mamille betrug rechts 36 cm, links 35 cm. Der Querumfang in seiner größten Ausdehnung betrug rechts 69 cm, links 73 cm. Die Messung von der Achselhöhle bis zur Mamille ergab rechts 39 cm, links 41 cm.

Am 12. September 1922 wurde durch Herrn Sanitätsrat Dr. Haedke, den Leiter des Städtischen Krankenhauses in Hirschberg i. Schl., die Ablatio mammae vorgenommen. Dauer der

Narkose 111 Minuten. Die abgenommenen Brüste hatten ein Gewicht von rechts 8,5 kg, links 9,0 kg. Primäre Heilung. Bereits am 22. September konnte die Patientin nach Haus entlassen werden. Makroskopisch entsprach das Gewebe der entfernten Geschwülste durchaus dem normalen Bau der Brustdrüsen. Drüsen- und Fettgewebe erschienen gleichmäßig vermehrt. Unter dem Mikroskop fanden sich in reichliches fibrilläres Bindegewebe eingebettet ringförmig und schlauchartig angeordnet Gruppen von einschichtigem Cylinderepithel, die ganz den kleinen Ausführungsgängen mit den Anlagen von Endstücken einer nicht tätigen Brustdrüse entsprechen. Sie sind nur im allgemeinen etwas größer und durch wesentlich breitere Lagen von Bindegewebe getrennt. Das Bindegewebe zeigte in der unmittelbaren Umgebung der Drüsenepithelwucherungen lockeren Bau und war hier zellreicher sowie ziemlich konzentrisch zu dem Drüsensproß angeordnet. Zwischen den Drüsen war es derber und mehr septenartig entwickelt. Sezernierende Tubuli (mit Fettröpfchen in den Epithelien) waren nicht nachzuweisen. Differentialdiagnostisch gegenüber einem Fibroadenoma mammae war von Bedeutung, daß hier nicht eine unorganisierte drüsige Geschwulst vorlag, sondern daß typische Organisation insofern zu erkennen war, als man bei schwacher Vergrößerung deutlich eine Läppcheneinteilung erkennen konnte. Die Wucherungen standen in Gruppen beieinander und waren nicht so regellos über die Schnittfläche verteilt wie beim Fibroadenom.

Für die Aetiologie der Mammahypertrophie liegen abschließende Urteile noch nicht vor. Köhler kommt am Ende seiner Hormontheorie zu der Schlußfolgerung, daß ein Reiz seitens des Ovars bei der Pubertät, der Placentarstoffe bei der Gravidität mit Sicherheit anzunehmen ist, daß jedoch nur die disponierte Drüse auf diesen mit das physiologische Maß überschreitendem Wachstum reagiert. Desgleichen hält Schüßler eine Disposition, die entweder erworben oder kongenital sein kann, für wahrscheinlich. Die Beziehung zum Genitale und eine besondere Disposition vertreten im allgemeinen auch Foges und andere Autoren. Die neueste Ansicht ist die Kasper Blond's, der die Ursache der Hypertrophie in Anomalien der Ovarialfunktion sucht.

Der erbliche Charakter der Mammahypertrophie kann nach den bisher vorliegenden Literaturangaben abgelehnt werden.

Für den Begriff der Mammahypertrophie stellt Dietel folgende Forderungen auf: 1. Die gleichmäßige Zunahme des Organs in allen seinen Bestandteilen (sowohl Drüsensubstanz wie Bindegewebe) mit Beibehaltung der normalen Form und Struktur, 2. das doppelseitige Auftreten und 3. der Beginn zur Zeit des Eintritts der Menses (der Pubertät) oder der Gravidität. Diese werden erweitert für 1. die Beibehaltung der Form ist nicht erforderlich, da es im Verlauf der Krankheit durch die bedeutende Zunahme des Gewichts und Verlagerung desselben in die peripheren Partien zu Senkung und Formveränderung der Mamma kommen wird; für 2. die einseitige Hypertrophie läßt sich, nachdem der Fall Kasper Blond's mit einem histologischen Untersuchungsbefund vorliegt, nicht mehr ablehnen;

für 3. Einteilung in eine Hypertrophie in nicht gravidem Zustande und in eine Schwangerschaftshypertrophie (Köhler), weil damit auch die allerdings wenigen Fälle erfaßt werden, die einen Zusammenhang mit der Pubertät vermissen lassen.

Bei der Hypertrophie in nicht gravidem Zustande ist bisher ein spontaner Rückgang oder ein Stationärbleiben nicht beobachtet worden. Dagegen kann man bei der Graviditätshypertrophie nach Austragung des Kindes oder Unterbrechung der Schwangerschaft mit einem teilweisen oder gänzlichen Rückgang der Brustdrüsenwucherung rechnen, wird aber bei erneuter Gravidität ein Wiederauftreten der Erkrankung nach den bisher gemachten Beobachtungen mit Sicherheit erwarten können.

Die Beschwerden, unter denen die Kranken zu leiden haben, bestehen in der Hauptsache in Müdigkeit und Mattigkeit infolge des enormen Gewichts der Geschwulstmassen, das bis zur vollständigen Bewegungsunfähigkeit der Trägerin führen kann. Ferner treten im weiteren Verlauf des Leidens stechende und ziehende Schmerzen auf, die durch Nervendehnung oder Kompression von Nervenstämmchen bedingt werden. Wichtige Folgeerscheinungen sind Atemnot, Anaemie und Kachexie. Durch Störungen im Blutkreislauf der bedeckenden Haut kann es zu Oedembildung kommen. In vereinzelten Fällen sind Gangraen, Geschwürsbildung und durch Sekundärinfektion langdauernde Eiterungen, ja Exitus beobachtet worden. Wichtig ist ferner die durch die schwere Verunstaltung des Körpers herbeigeführte Rückwirkung auf die Psyche der Frau.

Ein schädigender Einfluß auf die Funktion der inneren weiblichen Geschlechtsteile ist nicht anzunehmen. Ebenso ist die Funktion der Brustdrüsen nach den bisherigen Literaturangaben bei der Graviditätshypertrophie keinen bestimmten Veränderungen unterworfen, während bei der Hypertrophie in nicht gravidem Zustande keine Tätigkeit der Brustdrüsen stattfindet.

Für die Diagnose ist neben dem klinischen Verhalten der pathologisch-anatomische Untersuchungsbefund von ausschlaggebender Wichtigkeit. Makroskopisch wie mikroskopisch soll die Geschwulst normalem Brustdrüsengewebe in virginellem resp. gravidem Zustande entsprechen.

Therapeutisch sind bisher nur auf chirurgischem Wege Erfolge erzielt worden, und zwar durch die Radikaloperation, die Ablatio mammae. Diese läßt sich bei dem heutigen Stande der Chirurgie in einer Sitzung ausführen. Sie bietet bei der Graviditätshypertrophie für den Weiterbestand der Schwangerschaft keine Gefahren.